

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FOLIE SYMPATHIQUE

N° 14



DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS
LES FOLIES
DITES
SYMPATHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier
LE 16 FÉVRIER 1895

PAR

S. COSSA

Né à Saint-Étienne-de-Tinée (Alpes-Maritimes)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE (Concours 1889)

ANCIEN INTERNE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE (Concours 1892)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. DUBRUEIL (*).
Id. LAPEYRE (Ch. du c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * *).
Id. GILIS (Ch. du c.)	
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HÉDON.
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Médecine légale et toxicologie.....	N....
Id. DUCAMP (Ch. du c.)	

PROFESSEUR HONORAIRE: JAUMES.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. SERRE	MM. BROUSSE	MM. DUCAMP
BAUMEL	SARDA	RAUZIER
GERBAUD	ESTOR	LAPEYRE
GILIS	LECERCLE	MOITESSIER

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

MM. MAIRET, <i>président</i> .	MM. BROUSSE, agrégé
LAPEYRE, professeur.	DUCAMP, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR J. COSSA

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

S. COSSA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUBILA

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

S. COSSA.

AVANT-PROPOS

Durant nos années d'internat à l'asile d'aliénés de Marseille, dans le service de M. le Dr Boubila, nous avons eu l'occasion d'assister à un certain nombre d'opérations chirurgicales chez des aliénées. Ce n'étaient pas seulement des interventions de chirurgie courante : c'étaient souvent des tentatives hardies de traitement de certaines formes d'aliénation mentale, où s'exerçait l'initiative de notre médecin en chef.

Au cours de ces opérations, pratiquées par M. le Dr Pantaloni, major de l'hôpital de la Conception, et dont les résultats furent toujours heureux, sauf le cas que nous rapportons plus loin, — nous avons fait quelques remarques générales sur la chirurgie des aliénés, qui ont pu trouver place à la fin de cette thèse.

Mais les cas de folies sympathiques avaient particulièrement attiré notre attention. Il nous a paru, dès le début de nos recherches, qu'il y avait là une méthode thérapeutique trop négligée des aliénistes. Nous avons réuni les observations, trop peu nombreuses jusqu'à ce jour, de folies sympathiques guéries par l'intervention chirurgicale ; nous avons essayé d'en dégager cette conclusion que le rôle de la chirurgie peut être considérable dans cette thérapeutique.

Arrivé au terme de nos études, la plus grande satisfaction pour nous est de pouvoir exprimer toute notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, et en particulier à M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; — à nos Maîtres de l'École et des Hôpitaux de Marseille, et particulièrement à M. le professeur Arnaud, médecin des Hôpitaux; à MM. Poncel et Marcorelle, chirurgiens des Hôpitaux; — à nos Maîtres de l'Hôpital de Nice, MM. les professeurs Moriez et Balestre, M. le docteur Fighiera, chirurgien en chef; M. le docteur Bourdon, médecin en chef; M. le docteur Bariera, accoucheur.

M. le docteur Boubila, médecin en chef à l'Asile d'aliénés de Marseille, n'a pas été seulement pour nous un Maître éclairé et bienveillant, comme il sait l'être pour tous ses élèves; il nous a donné en maintes circonstances des preuves d'une affection toute paternelle. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude. Nous garderons précieusement cette amitié dont il veut bien nous honorer.

Nous devons remercier aussi M. le docteur Pons, médecin en chef de l'Asile des femmes aliénées de Bordeaux, qui a bien voulu nous communiquer une observation fort intéressante, et M. le docteur Picqué, chirurgien des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine, qui a bien voulu se mettre à notre disposition pour tous les renseignements que nous avions à lui demander.

Merci enfin à nos camarades de Montpellier, des Hôpitaux et de l'Asile de Marseille : nous espérons emporter quelques amitiés solides de nos années d'étudiant et d'internat.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FOLIE SYMPATHIQUE

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS
LES FOLIES
DITES
SYMPATHIQUES

PREMIÈRE PARTIE

ESSAI SUR LA FOLIE SYMPATHIQUE

I

Dans l'ancienne médecine, on appelait **sympathique** une maladie, ou mieux un syndrome, survenant dans le cours d'une maladie, syndrome exprimant la souffrance d'un organe éloigné, mais paraissant lié à l'affection première par un rapport étroit et inconnu. C'est cette « transmission mystérieuse », dit Loiseau (1), « ce lien secret et mystérieux », dit Régis (2), que les anciens appelaient sympathie.

Mais les progrès de la physiologie pathologique sont venus nous montrer que les sympathies, dont les anciens avaient

(1) Loiseau, thèse de Paris, 1856.

(2) Régis, article FOLIE SYMPATHIQUE du *Dictionnaire Encyclopédique*.

singulièrement abusé, n'étaient pour la plupart que des phénomènes réflexes, sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, trophiques ou mixtes ; ou des intoxications par les toxines élaborées au siège de l'affection originelle. — Aussi, l'ancien domaine de la sympathie s'est-il démembré petit à petit au profit de la physiologie et de la pathogénie.

Est-ce à dire que les sympathies ont fait leur temps, et qu'il faut désormais les rayer du cadre nosologique ? Une telle opinion, dans l'état actuel de la science, serait, nous semble-t-il, au moins prématurée. Si quelques-unes des données de la physiologie pathologique sont des acquisitions acceptées par tout le monde, un bon nombre sont restées sujettes à discussion, à l'état d'hypothèses. — Aussi, tant que l'accord ne sera pas fait, le plus sage nous paraît être de garder, à l'exemple des anciens, le nom de *sympathies*, qui, ne préjugant en rien de leur nature, ne fait que constater le fait indéniable de leur existence.

Cette question de l'existence et de l'interprétation des sympathies n'a été nulle part aussi discutée que pour la folie sympathique. Parmi les auteurs de notre siècle, sans remonter au delà, les uns, comme Belhomme, Loiseau, Azam, Morel, de Fourcauld, en sont des partisans convaincus ; d'autres, et non des moindres, Esquirol, Griesinger, Guislain, Luys, ne l'admettent qu'avec des restrictions ; tandis qu'un plus petit nombre, Georget, Boussi, la nient catégoriquement, ou bien, comme Dagonet et Hammond, oublient simplement d'en parler.

Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de faire l'histoire de la folie sympathique. On trouvera une notice bibliographique très complète à la suite de l'article de M. Régis, paru en 1883, et que nous avons cité plus haut ; nous avons essayé de la compléter, pour les années postérieures, dans l'Index bibliographique annexé à cette thèse.

M. le professeur Mairet, dans un travail paru dans le *Montpellier médical*, en 1880, 1881 et 1882, sur les *Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale chez la femme*, avait fait, lui aussi, l'histoire des diverses opinions relatives à la folie sympathique ; mais une histoire critique, où la sagacité de l'auteur s'était attachée à montrer, par l'examen impartial de toutes les observations apportées par les auteurs à l'appui de leurs thèses, ce qu'il y avait en d'insuffisamment justifié dans leurs conclusions.

Dans ce travail, resté malheureusement inachevé, M. Mairet n'a point élucidé la question de doctrine. Nous avons pu néanmoins y recueillir, sur les points principaux de la discussion, des notions suffisantes pour nous permettre d'esquisser, dans les pages qui suivent, une ébauche de la folie sympathique.

Au reste, empressons-nous de le dire, dans cette thèse, où nous n'abordons la folie sympathique que pour étudier un point spécial de sa thérapeutique, la question de doctrine doit rester au second plan. Nous avons dû néanmoins l'aborder ; mais, sans nous attarder à des discussions purement nosologiques, nous nous sommes simplement attaché à établir que la folie sympathique existe et qu'elle est entretenue par l'affection organique ; cela suffira pour nous autoriser à étudier ensuite le bénéfice qu'elle peut retirer de l'intervention chirurgicale, lorsque l'affection organique en est justiciable. — Nous exposerons donc brièvement les caractères de la folie sympathique, telle que la comprennent la majorité des aliénistes, en essayant de préciser ceux qui permettent de la diagnostiquer facilement en clinique. Nous laissons à d'autres, plus compétents, le soin de traiter la question de doctrine, avec toute l'ampleur qu'elle comporte.

II

L'**étiologie** de la folie sympathique est des plus variées. Les affections du tube digestif, du foie, des organes génito-urinaires, les maladies du corps thyroïde, des yeux, des oreilles, voire même un panaris du pouce, peuvent se compliquer de troubles psychiques ! N'a-t-on pas décrit une folie cardiaque, une folie pulmonaire, une folie rhumatismale, goutteuse, cancéreuse, syphilitique ? — Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de toutes ces causes, et si toutes ces folies méritent au même titre le nom de sympathiques ; mais cette simple énumération nous montre que la folie peut compliquer les maladies des organes les plus divers.

Cette variété n'est pourtant pas aussi considérable qu'on pourrait le croire à première vue : si l'on étudie la fréquence relative de ces diverses causes, on verra vite que ce sont en somme les affections des appareils digestif et génital qui reviennent dans la majorité des cas. Pourquoi cette sorte de prédilection qu'affecte la folie sympathique, pour les affections de ces deux ordres ? — Si l'on réfléchit à l'importance de ces deux fonctions, la digestion et la reproduction, fonctions qui sont primordiales au point de vue de la conservation de l'espèce, — il est permis de croire que les organes qui président à leur accomplissement possèdent une sensibilité plus exquise, et telle que la moindre perturbation de ces fonctions retentit profondément sur l'être tout entier.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que le même **mécanisme pathogénique** ne saurait s'appliquer à toutes les folies sympathiques : la variété étiologique a comme corollaire la variété pathogénique. Si l'on invoque un réflexe sensitivo-psychique, pour expliquer qu'un fibrome de l'utérus, qu'un

tænia dans l'intestin, que la cataracte, que la surdité se compliquent de folie ; on a recours à l'action des toxines, pour expliquer la folie phtisique, syphilitique, cancéreuse ; aux auto-infections, pour celle qui survient à l'occasion d'une maladie de l'appareil digestif ; à des troubles circulatoires, pour les folies cardiaque et thyroïdienne ; à des troubles de la nutrition, pour les folies rhumatismale et goutteuse.

Au surplus, la même folie sympathique peut ressortir à plusieurs mécanismes pathogéniques à la fois ; et il est probable que le réflexe sensitivo-psychique, les intoxications, les troubles circulatoires, interviennent à des titres divers, suivant les cas, pour produire dans la cellule cérébrale des ruptures de l'équilibre nutritif et dynamique telles que la folie peut en résulter.

III

Envisagée ainsi, l'étude pathogénique de la folie sympathique est nécessairement décevante : décevante par sa variabilité et sa complexité ; décevante aussi parce que la démonstration scientifique de ces théories est impossible : ce ne sont que vues de l'esprit, qui ne satisfont point, comme toutes les hypothèses de pathogénie pure. Un travail plus intéressant et plus utile serait de rechercher, parmi ces hypothèses, celles que la clinique regarde comme suffisamment démontrées par les faits, sans chercher à en pénétrer le mécanisme intime.

L'examen critique des observations, sans idées préconçues, avec la seule préoccupation de n'y voir et de n'en tirer que ce qu'il y a réellement, voilà la seule **méthode** féconde. C'est celle qu'a suivie M. Mairet, dans l'étude des folies sympa-

thiques d'origine génitale ; c'est celle qui lui a permis d'établir, non seulement le mécanisme de ces folies, mais leur existence même, si contestée ; la part qui revient dans leur production, à l'affection organique d'un côté, aux antécédents des malades, à l'hérédité, aux diathèses, aux maladies aiguës ou chroniques, de l'autre ; l'importance relative de ces causes, leur action occasionnelle, déterminante, efficiente, ou simplement prédisposante, suivant les cas.

« Pour établir qu'une aliénation mentale a été produite par des lésions génitales, dit-il, il ne suffit pas de constater chez une aliénée, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, l'existence de ces lésions : il peut n'y avoir qu'une simple coïncidence.... Pour être certain qu'une aliénation mentale est sous la dépendance d'une lésion de la sphère génitale, il faut pouvoir suivre la filiation qui unit cette dernière à la première ; pour être certain que cette lésion est la seule cause qui ait agi dans la réalisation de la folie, il faut que l'étiologie ait été scrutée avec le plus grand soin, et qu'en suivant l'individu malade, dans ses antécédents, soit personnels, soit héréditaires, on ne retrouve aucune autre influence. Les observations réunies par les auteurs réalisent-elles ces conditions ? Non. La recherche des causes, soit physiques, soit morales, est très incomplète ; l'hérédité elle-même, cette cause si importante et si fréquente de folie, a été souvent négligée, et, quand les auteurs la regardent comme n'ayant joué aucun rôle, l'esprit indécis conserve des doutes : c'est la seule hérédité mentale qu'ils ont recherchée, négligeant les maladies nerveuses et les états constitutionnels et diathésiques, dont l'importance est souvent grande en aliénation mentale. »

Nous n'avons pas à faire ici cette étude critique ; nous nous contenterons d'indiquer les conclusions auxquelles est arrivé M. Mairét. Ces conclusions ne s'appliquent, il est vrai, qu'aux folies sympathiques d'origine génitale, mais ce sont les plus

nombreuses ; et d'ailleurs nous essaierons de montrer qu'elles sont applicables aux autres variétés de folies sympathiques.

IV

Pour M. Mairet, les lésions de la sphère génitale peuvent agir, dans certains cas, comme causes simplement occasionnelles, provoquant accidentellement l'éclosion de la folie, qui aurait pu se produire sous l'influence de toute autre cause, et, dans ce cas, la folie n'est nullement sympathique de ces lésions. D'autres fois, survenant dans le cours d'une aliénation mentale déjà constituée, elles peuvent être le point de départ d'idées délirantes spéciales, surajoutées, et alors ce sont ces idées délirantes qui seules sont sympathiques. Ou bien elles jouent le rôle d'épines, entretenant l'aliénation, retardant son évolution naturelle, qui sans elles aurait abouti à la guérison. — Leur influence est, dans certains cas, bien plus considérable : elles précèdent et provoquent l'aliénation, lui impriment une forme clinique surtout lypémanique, président à son évolution, à son pronostic, à sa guérison. — Mais M. Mairet s'élève contre l'opinion des auteurs qui admettent que ces lésions peuvent, à elles seules, créer de toutes pièces l'aliénation mentale. « Nous ne connaissons dans la science, dit-il, aucune observation qui nous permette de dire que ces lésions ont pu donner lieu par elles seules à la folie. Jamais non plus il ne nous a été donné d'observer des faits de cette nature..... Ces lésions ajoutent leur action à celle d'autres causes, parmi lesquelles les plus fréquentes sont l'hérédité, les accouchements, l'anémie et les causes morales. »

Nous aurons à examiner plus loin le rôle des diathèses. « L'hérédité, dit encore M. Mairet, se présente ici sous une

certaine forme...; ce n'est pas l'aliénation mentale que l'on retrouve le plus généralement chez les ascendants et les collatéraux de ces malades; c'est plutôt le nervosisme, ce sont plutôt les maladies nerveuses (hystérie, épilepsie), ce sont plutôt des troubles circulatoires de l'encéphale. » Les grossesses répétées, la lactation, — et nous ne parlons pas évidemment ici des folies de la grossesse et de la lactation, qui sont simplement sympathiques, — la misère physiologique, qu'il signale aussi, et enfin les causes morales, les émotions pénibles, les idées tristes, les préoccupations dépressives : toutes ces causes agissent surtout en affaiblissant, en débilitant l'organisme. Les grossesses et la lactation en particulier sont des facteurs puissants d'anémie, et M. Mairet insiste avec raison sur l'importance et la constance de l'anémie dans la genèse de la folie sympathique.

Toutes ces conditions ne suffisent évidemment pas, sans le secours de l'affection organique, à réaliser la folie sympathique; mais elles la préparent, elles créent dans la cellule cérébrale une prédisposition à la réaliser : ce sont des causes éloignées, prédisposantes, l'affection organique est la cause immédiate, déterminante.

V

C'est cette **prédisposition de la cellule cérébrale** que M. Mairet n'a fait qu'indiquer, et qu'il nous faut maintenant essayer de caractériser.

Faisons appel à la clinique, puisque seule elle peut et doit nous donner, nous l'avons dit, la solution de ces problèmes.— La clinique nous apprend que la symptomatologie de la folie sympathique n'a rien d'univoque : qu'elle peut revêtir toutes

les formes vésaniques, depuis la mélancolie simple jusqu'à la manie aiguë, se compliquant d'hallucinations, d'idées de persécution, de délire hypochondriaque, d'idées de suicide; mais que néanmoins elle affecte une préférence marquée pour les formes dépressives avec idées délirantes peu accentuées. Elle nous apprend aussi, que la folie sympathique doit être d'un déterminisme facile, du moins chez les individus fortement prédisposés, car il n'est pas toujours nécessaire qu'une lésion organique grave intervienne pour la provoquer: une simple blennorrhagie chronique suffit parfois à affecter à tel point certains sujets, qu'ils en deviennent hypochondriaques, qu'ils vont même jusqu'au suicide. N'est-il pas d'observation courante, que la régularité des fonctions digestives est, pour certains individus, une condition nécessaire du fonctionnement correct de leur intelligence? Ne voit-on pas des troubles psychiques d'intensité variable, et qui ne sont que des folies sympathiques atténuées, compliquer les fonctions les plus physiologiques de l'appareil génital, les règles, la gravidité, la ménopause?

Cette plus grande fréquence des formes dépressives indique bien un état de faiblesse dans le pouvoir réactionnel de la cellule cérébrale; d'un autre côté, cette variabilité, ce polymorphisme symptomatique, ce déterminisme facile, prouvent bien que l'équilibre nutritif et dynamique de la cellule cérébrale est instable, qu'elle se laisse facilement ébranler. Irritabilité, éréthisme nerveux d'une part; faiblesse réactionnelle de l'autre: tel nous paraît être l'état de la cellule cérébrale. Un mot traduira bien notre pensée: c'est cet état que les Anglais ont décrit sous le nom de *faiblesse irritable*.

M. Mairet, d'ailleurs, arrive au même résultat que nous, mais par un autre chemin: l'hérédité crée un état de nervosisme, d'éréthisme nerveux; cet éréthisme est encore accru par l'anémie, qui, on le sait, diminue la tonicité et augmente

l'irritabilité de la cellule cérébrale ; mais cet éréthisme est une cause constante de déperdition de forces pour cette dernière : d'où faiblesse, mais faiblesse irritable. — Que chez une malade ainsi prédisposée survienne une lésion de la sphère génitale : ce sera une nouvelle source d'anémie, par les métrorrhagies qu'elle provoque ; d'irritabilité, par voie réflexe, et aussi par l'excitation génésique, par les sensations voluptueuses intenses auxquelles elle donne toujours naissance : la folie éclatera, et cette excitation génésique donnera au délire la forme érotique qu'il affecte si souvent. C'est ainsi que M. Mairet explique le mécanisme pathogénique des folies qu'il a étudiées.

VI

Ces caractères, que M. Mairet assigne aux folies sympathiques d'origine génitale, pouvons-nous les attribuer à la folie sympathique en général ? — C'est encore dans l'étude des observations que nous trouverons la réponse à cette question capitale.

Disons d'abord que lorsque l'affection organique agit simplement comme cause occasionnelle, provoquant accidentellement la folie, qui évolue ensuite par elle-même et indépendamment de sa cause provocatrice, — il n'y a pas folie sympathique. Il résulte, en effet, de la définition même de cette dernière, de son étymologie, que le syndrome psychique doit rester sous la dépendance de l'affection initiale. Au reste, ces cas-là supposent une prédisposition bien plus considérable que celle que nous avons assignée à la folie sympathique ; ils supposent une véritable hérédité vésanique, la folie existant non seulement sous forme de prédisposition morbide, pour parler

le langage de l'École, mais en puissance, à l'état latent et toute constituée.

Cette première élimination faite, nous trouvons dans les folies, sympathiques d'une affection du tube digestif ou d'une maladie du sein, par exemple, des observations où il y avait simplement *délire sympathique* et non folie sympathique vraie. Cette grande distinction, établie par M. Mairet, est donc à conserver et à généraliser; car les exemples de délire sympathique ont été multipliés en ces dernières années, et on en fait trop souvent des folies sympathiques.

Nous trouvons aussi, en dehors des folies sympathiques d'ordre génital, des cas où l'affection organique, une tumeur du sein par exemple, jouait simplement le rôle d'épine entretenant l'aliénation sans l'avoir provoquée. — Enfin, dans la plupart des observations, nous voyons l'hérédité, les maladies débilitantes aiguës ou chroniques, la misère physiologique, occuper dans la genèse de la folie une place variable, mais toujours importante. Elles ajoutent leur action prédisposante à celle de l'affection organique, qui, elle, est déterminante; et, par une sorte de compensation, l'action de cette dernière est plus ou moins considérable, suivant que les premières ont agi avec plus ou moins d'énergie. Cette graduation dans l'importance étiologique de l'affection organique ressort elle aussi de nos recherches.

Nous sommes donc autorisé à généraliser les conclusions de M. Mairet, à les considérer comme des caractères communs à toutes les variétés de folie sympathique. Seul, le mécanisme pathogénique peut varier, suivant les cas; mais nous en avons écarté la recherche, dès le début, comme trop hypothétique.

VII

Mais parmi ces **caractères** que nous venons de passer en revue, s'en trouve-t-il de suffisamment **différentiels** en clinique, pour permettre de diagnostiquer facilement la folie sympathique ? — L'énumération des affections causales nous a présenté une grande variété, partant rien de caractéristique. Nous avons noté, il est vrai, une prédilection marquée pour les affections des appareils digestif et génito-urinaire ; mais c'est là un caractère absolument insuffisant, car on ne saurait considérer comme sympathiques de ces affections, toutes les aliénations survenant en même temps qu'elles ou après elles. Leur mécanisme pathogénique ne nous a montré aussi que variété et complexité. L'étude des causes prédisposantes, leur mode d'action, ne nous a rien révélé non plus de spécial ; et d'ailleurs une cause prédisposante ne saurait suffire à caractériser une maladie ? Quant à la symptomatologie, essentiellement polymorphe, de la folie sympathique, elle n'a aucune valeur du fait même de ce polymorphisme. — Où trouver donc ce caractère constant et facile à vérifier en clinique, à la recherche duquel nous nous sommes attaché ?

Nous avons refusé le titre de sympathique, à la folie dans laquelle l'affection organique n'intervient que comme cause occasionnelle, et cela en vertu de cette raison que par définition, par son étymologie, la folie sympathique devait évoluer parallèlement à son affection causale. — Ce parallélisme d'évolution, nous l'avons noté, avec M. Mairet, dans les folies où l'affection organique agit comme cause vraiment efficiente ; quelque variable que soit d'ailleurs le rôle étiologique de l'affection organique, non seulement elle concourt à provoquer la

folie, mais elle l'entretient, elle préside à son évolution, à sa chronicité, ou à sa guérison. Lors même qu'il n'y a pas folie sympathique, mais simplement délire sympathique, — comme dans les cas où l'affection organique, survenant dans le cours d'une aliénation déjà constituée, provoque seulement des idées délirantes spéciales et surajoutées, — ces idées délirantes suivent la même évolution que l'affection organique. Bien plus, dans les cas où l'affection organique joue simplement le rôle d'épine, si elle entretient l'aliénation, si elle l'empêche d'évoluer naturellement vers la guérison, cela ne prouve-t-il pas qu'il y a subordination dans l'évolution de l'une par rapport à l'autre ?

Donc, dans tous les cas, l'évolution de la folie est subordonnée à celle de l'affection qui l'a provoquée ; elle s'aggrave, s'atténue ou s'améliore avec elle, et cette subordination se retrouve jusque dans l'incurabilité ou la guérison finales, qui confirment le diagnostic.

C'est bien là, un caractère constant, facile à vérifier en clinique, et à toutes les périodes de la maladie, tel en un mot, que nous désirions le trouver pour la pratique ? Ce que ni l'étiologie, ni la pathogénie, ni la symptomatologie, n'avaient pu nous donner, l'*évolution clinique* nous l'a révélé.

VIII

Mais il nous faut répondre à quelques **objections**.

« Pour établir qu'une aliénation mentale a été produite par des lésions génitales, il ne suffit pas, dit M. Mairé, de voir certains éléments de délire suivre les différentes fluctuations d'une maladie de l'utérus et de ses annexes ; il ne suffit même pas de voir une folie guérir rapidement, sous l'influence d'un

traitement local. Ne savons-nous pas, en effet, que des lésions utéro-vaginales se développant chez une aliénée, peuvent faire naître non seulement des idées délirantes, mais encore contribuer à entretenir une aliénation mentale, qui, sans cette complication, aurait eu de la tendance à évoluer vers la guérison ? Trop souvent cependant, ce sont des faits de cette nature, que les différents auteurs nous donnent comme preuve qu'une lésion de l'utérus ou de ses annexes peut donner lieu à la folie. » Nous ne méritons pas ce reproche, pour notre part ; ces cas spéciaux, dont parle M. Mairet, nous ne les rangeons pas au nombre des folies sympathiques, nous avons vu qu'il y avait seulement délire sympathique ou évolution sympathique. Mais ces cas, nous les revendiquons néanmoins comme entrant dans notre cadre ; et c'est le cas, ici, de rappeler ce que nous disions plus haut, que, dans notre travail, la question de doctrine reste au second plan. Peu nous importe, en effet, que ces variétés ne soient pas des folies sympathiques vraies, comme l'établit M. Mairet : il nous suffit qu'il y ait chez elles un rapport, une subordination d'évolution entre l'affection organique et le délire, pour nous autoriser à les étudier au point de vue de leur thérapeutique chirurgicale ; nous traitons de l'intervention chirurgicale dans les folies *dites* sympathiques et non dans les folies sympathiques.

On a dit aussi que la sympathie psychique pouvait devenir chronique et se perpétuer, même après la guérison de l'affection qui l'avait provoquée. Mais s'agissait-il bien, dans ces cas, de folies sympathiques ? N'était-ce pas plutôt de ces folies, dont nous avons parlé plus haut, dans lesquelles l'affection organique n'avait agi que comme cause occasionnelle ?

On a enfin noté une sorte d'alternance entre la folie et l'affection organique, l'une s'atténuant quand l'autre s'accroissait, et réciproquement. Mais il s'agissait alors de folies

rhumatismales ou goutteuses, autrement dit *diathésiques* ; la diathèse portant son activité morbide, tantôt sur l'encéphale, tantôt sur l'organe affecté ? C'est là une pathogénie spéciale et M. Mairét admet « la possibilité de regarder l'affection utérine et l'affection cérébrale comme étant une manifestation d'un même état général. » On a multiplié, en ces dernières années, les exemples de folies diathésiques ; on a mis en lumière le rôle important des diathèses en aliénation mentale. Mais ces folies sont-elles vraiment sympathiques ? Ce n'est pas l'affection organique qui les provoque, c'est la diathèse, qui provoque aussi l'affection organique : elles sont donc, au même titre que cette dernière, symptomatiques de la diathèse et non sympathiques. D'ailleurs, le rôle de la chirurgie dans leur thérapeutique est nul ; elles ne sauraient donc nous intéresser ici.

IX

Cette évolution de la folie sympathique n'est pas seulement un signe clinique permettant de fixer le diagnostic ; elle a une bien plus haute portée, et c'est un véritable caractère *pathognomonique*, car sans elle la folie sympathique n'existe pas ; elle éclaire tous les autres caractères, et c'est elle qui nous a permis d'établir leur valeur respective. C'est elle enfin qui nous permet de discuter le diagnostic.

Elle élimine, en effet, de l'étiologie de la folie sympathique, les maladies générales chroniques, la syphilis, par exemple, et cela au même titre que les diathèses et pour les mêmes raisons que nous leur avons opposées. Elle élimine de même les maladies générales aiguës ; le délire de la fièvre typhoïde, par exemple, étant symptomatique et non sympathique. Et,

d'ailleurs, aiguës ou chroniques, les maladies générales ne sauraient provoquer la folie sympathique, puisqu'elles n'ont pas de localisation organique ? Les maladies aiguës localisées, elles-mêmes, la blennorrhagie, par exemple, ne peut provoquer la folie sympathique que si elle devient chronique, sous forme d'urétrite postérieure.

La chronicité et la localisation sur un organe sont donc des conditions que l'évolution impose à toutes les causes de folie sympathique. Ne lui impose-t-elle pas aussi le pronostic de son affection causale, puisque la folie sympathique ne peut disparaître qu'après la guérison de celle-ci ? Il n'est pas jusqu'au traitement qui ne se trouve lui-même implicitement indiqué par l'évolution, car il ne saurait être autre que celui de l'affection causale ?

Si, pour nous résumer, nous voulons maintenant caractériser la folie sympathique, nous dirons : qu'elle est une aliénation, survenant à l'occasion d'une maladie chronique d'un organe autre que le cerveau ; aliénation dont la pathogénie est variable et complexe, dont la forme clinique n'a rien d'univoque ; mais qu'une chose la caractérise nécessairement et suffisamment, c'est que son évolution et son pronostic sont intimement liés à l'évolution et au pronostic de son affection causale.

Les quelques notions générales qui précèdent étaient nécessaires à la compréhension de ce que nous aurons à dire plus loin : il fallait d'abord s'entendre sur le sens du mot folie sympathique, pour pouvoir, dans les cas où elle est justiciable d'un traitement chirurgical, préciser la part qui revient à l'affection organique et au syndrome psychique dans les indications opératoires.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA FOLIE SYMPATHIQUE

I

Cette conclusion, à laquelle nous sommes arrivé, que ce qui constitue l'originalité de la folie sympathique, c'est son évolution ; cette idée, déjà Parchappe s'était efforcé de la faire triompher dans la discussion célèbre qui eut lieu à la Société médico-psychologique en 1858. C'est qu'elle a comme corollaire, nous l'avons déjà indiqué, cette autre idée que le traitement de la folie sympathique, sauf les indications symptomatiques, doit s'adresser à l'affection causale et ne peut être autre que celui de cette dernière. C'est ce qui a toujours dirigé la thérapeutique des aliénistes, quand ils ont eu à traiter des maladies de cet ordre.

Nombreuses sont les observations de folies sympathiques guéries par le traitement d'une inflammation utéro-vaginale, d'une helminthiase (1), d'une dyspepsie, etc. Une revue de tous ces traitements n'aurait offert ni beaucoup d'unité, ni un bien grand intérêt. Il nous a paru plus intéressant de rechercher les cas où l'affection causale est justiciable d'une intervention chirurgicale active ; ce que la folie sympathique

(1) Notre maître, M. Boubila, possède une observation d'une aliénation ancienne, datant de plus de dix ans, et guérie par l'expulsion d'un ténia.

a gagné à l'avènement de la méthode antiseptique, et si les hardiesses de la chirurgie contemporaine ne permettent pas des essais thérapeuthiques, qui auraient été regardés autrefois comme téméraires.

Nous commencerons par faire l'historique de la question ; nous rapporterons les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour ; nous en ajouterons quelques-unes inédites ; nous examinerons les conclusions pratiques que l'on peut légitimement tirer de ces observations ; enfin nous essaierons de répondre à quelques objections d'ordre général.

II

L'histoire du traitement chirurgical de la folie sympathique ne date pas d'hier. Déjà, dans la thèse de Loiseau, « thèse pleine de valeur par elle-même, dit M. Régis, mais qui eut en outre le rare mérite de provoquer au sein de la Société médico-psychologique une série de discussions des plus intéressantes et des plus approfondies », — nous trouvons un cas d'excitation maniaque guéri par l'extraction d'un polype utérin. — Et pourtant cette histoire ne nous offre qu'un bagage très léger ; depuis 1856, année où parut la thèse de Loiseau, jusqu'en 1890, nous ne trouvons en France qu'une seule communication sur ce sujet : elle appartient à M. A. Voisin, et concerne deux malades chez lesquels des idées délirantes avec hallucinations de la vue disparurent, à la suite d'une iridectomie et d'une extraction du cristallin.

Il semble pourtant que l'avènement de la méthode antiseptique aurait dû rendre nos médecins aliénistes plus hardis, leur suggérer des tentatives d'intervention chirurgicale nouvelles ? M. Pozzi, dès 1880, n'avait-il pas présenté à la So-

ciété de chirurgie, dans sa séance du 28 janvier, une série d'observations servant, disait-il, à montrer que la réunion par première intention pouvait être tentée et obtenue facilement chez les aliénés, et en particulier chez les paralytiques généraux ? — Il n'en fut rien cependant, en Europe du moins. Les auteurs qui, pendant cette longue période ont écrit sur la folie sympathique, ont rapporté des faits nouveaux de vésanies compliquant des affections d'organes moins connus pour la provoquer : les reins, les poumons, le cœur, les yeux, les oreilles, le nez, la muqueuse buccale, le corps thyroïde, etc. Mais de thérapeutique chirurgicale, point.

En Amérique cependant la folie sympathique avait bénéficié (ce mot n'est-il pas une ironie macabre ?) de l'engouement que professaient certains chirurgiens pour l'ablation des ovaires, chez les femmes atteintes d'affections nerveuses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la folie, et cela, sans que les ovaires fussent le siège « d'aucun kyste ou autre tumeur, ni même qu'ils fussent sensiblement augmentés de volume. » Ces chirurgiens n'hésitaient pas à châtrer les aliénés, hommes ou femmes, dont le délire présentait des manifestations génésiques, délire ou impulsions érotiques, masturbation, etc.; même ils se montraient moins exigeants, et le docteur Goodell (de Philadelphie) n'hésitait pas à appliquer ce traitement « aux femmes affectées de troubles mentaux revenant aux époques menstruelles. »

Au reste, pour justifier sa manière de voir, le docteur Goodell s'appuyait sur des arguments qui avaient au moins le mérite de l'originalité. « D'abord, disait-il, une femme qui est folle ne fait pas plus partie du corps social que ne le fait un criminel. Ensuite sa mort est toujours un soulagement pour ses amis les plus chers. En troisième lieu, même si elle doit guérir de sa folie, elle reste toujours exposée à transmettre les germes de sa maladie à ses enfants et à ses petits-

enfants, pendant de nombreuses générations. » Aussi conclut-il que, lorsqu'une femme est dans ce cas, « lui enlever les ovaires, c'est s'efforcer de la rendre à sa famille et à la société, mais c'est en même temps s'opposer à ce qu'elle donne le jour à une génération d'aliénés. »

Nous ne saurions évidemment, avons-nous besoin de le dire, partager la manière de voir du docteur Goodell ; dans notre vieille Europe on se montre plus sévère pour le choix des indications opératoires ; nous ne rapporterons pas les cas d'oophorectomie, communiqués par lui à l'appui de sa thèse, et dont un fut suivi de guérison de l'aliénation mentale. Nous avons cru devoir rapporter néanmoins, ne fût-ce que pour être complet, une observation du docteur Wilkerson et une autre du docteur Goldsmith, ayant trait celle-ci à une folie morale, celle-là à une folie érotique, et guéries toutes deux par l'ablation des deux ovaires.

Mais, hâtons-nous de le dire, il s'était trouvé en Amérique même, des voix autorisées pour protester contre le « prurit opératoire » de certains de leurs compatriotes : dans un travail paru en avril 1884, dans les *Archives de médecine de New-York*, le docteur W. Thallon s'élevait contre les tendances d'une chirurgie par trop audacieuse, et il concluait d'une étude d'ensemble sur les résultats de l'oophorectomie, que « l'opération n'est jamais justifiée, lorsqu'on n'observe aucun signe bien marqué de lésion organique de l'ovaire. »

Cependant, en France, l'attention semble s'être reportée sur cette question de thérapeutique, en ces dernières années. Les essais ont été peu nombreux, sans doute, mais ils sont tous encourageants pour l'avenir. — Au premier Congrès français de médecine mentale, tenu à Rouen en août 1890, M. Gauran rapportait un cas de folie guérie après une double opération de cataracte ; M. Séglas, une guérison semblable après une ovariectomie. Trois ans plus tard, en juin 1893,

MM. Febvré et Picqué publiaient dans les *Annales médico-psychologiques* un cas de ce délire sympathique, survenu au cours d'une psychose chronique, et disparu sous l'influence d'une double intervention chirurgicale (1).

A ces observations, nous en avons ajouté deux inédites : l'une, prise par nous à l'Asile d'aliénés de Marseille, dans le service de M. le docteur Boubila ; l'autre, due à l'extrême obligeance de M. le docteur Pons, médecin en chef de l'Asile des femmes aliénées de Bordeaux.

Nous n'avons pas voulu reproduire les observations, et elles sont nombreuses ! de lésions utéro-vaginales légères, métrites du corps et du col, ulcérations, etc., guéries par un traitement purement local, et dont la guérison avait amené la disparition d'une folie ou d'un délire survenus à leur occasion. Pour être d'une chirurgie moins active, ces cas n'en étaient pas moins démonstratifs de l'opinion que nous soutiendrons, et auraient pu trouver place dans cette thèse ? Mais nous savons que c'est sur ces observations qu'a porté le travail critique de M. Mairet : aurions-nous pu faire mieux que lui ? Au reste, nous n'avons voulu qu'étudier les cas d'une chirurgie active, opératoire.

(1) Cette historique est certainement incomplet : notre ignorance de l'allemand et de l'anglais ne nous a pas permis de fouiller la littérature médicale de ces deux pays.

III

OBSERVATIONS

Observation I

(In thèse Loiseau)

Une jeune dame eut pendant une première grossesse un accès d'aliénation mentale, qui guérit peu de temps après son accouchement. Dix ans après, elle devint folle de nouveau, et l'on crut encore qu'elle était enceinte. Dans l'incertitude d'une nouvelle grossesse, on consulta Boyer : ce chirurgien annonça la présence d'un polype dans l'utérus. Il fut enlevé : l'aliénation mentale cessa aussitôt.

Observation II

(In *Annales médico-psychologiques*) (1)

Voici une observation fort intéressante, qui témoigne des avantages que peut présenter l'oophorectomie, sans lésion de l'ovaire, comme traitement de l'aliénation mentale.

Cette observation a été présentée, en deux fois et à deux ans de distance, à la Société américaine des médecins d'asiles par le Dr Goldsmith, directeur-médecin de l'asile de Danvers, Massachussets; d'abord, en 1883, l'auteur avait raconté d'une manière complète l'histoire de la maladie; ensuite, en 1885, il en fait connaître la guérison.

(1) *Ann. méd. psych.*, 1883, 7^e série, p. 10.

Il s'agissait d'une jeune fille, à antécédents héréditaires suspects, qui, à l'âge de sept ans, eut une scarlatine grave, compliquée de délire maniaque. A la suite de cette maladie, on essaya de la mettre en pension, mais elle ne put être tolérée dans aucune école, et sa conduite était tellement extravagante qu'on dut, à neuf ans, la placer, comme malade, dans un asile d'aliénés. Pendant dix ans, elle resta comme pensionnaire dans divers asiles, et, dans tous, sans présenter aucune trace de délire intellectuel proprement dit, elle se rendit absolument insupportable par l'extravagance de ses actes, la perversion absolue de ses sentiments, l'irritabilité et la violence incoercible de son caractère.

Tout l'arsenal des moyens physiques et moraux fut employé sans influence durable; partout, dans les hôpitaux comme dans sa famille, cette fille était un véritable fléau.

Les accidents présentaient leur maximum d'intensité à l'époque des règles, et les régions ovariennes étaient un peu sensibles. Le Dr Goldsmith, considérant ce cas comme un type de folie morale, se décida enfin à proposer l'ablation des ovaires, et l'opération fut pratiquée au mois de juillet 1883; les deux ovaires enlevés furent examinés au microscope et trouvés parfaitement normaux.

« Un mois après l'opération, dit le Dr Goldsmith, la malade, paraissant tout à fait bien, put rentrer dans famille; depuis lors, elle n'a plus cessé d'y vivre comme tout le monde, sans donner le moindre signe d'aliénation mentale. Elle n'a jamais eu d'irritabilité, elle est toujours maîtresse de ses actes et déclare elle-même qu'elle est devenue une toute autre personne. Avant, elle se sentait toujours à la merci de la plus légère cause d'excitation; maintenant rien ne la dérange. Sa mère et une autre personne confirment entièrement ces déclarations; on ne constate aucune modification dans sa voix, sa tournure, ses façons; elle n'a pas eu ses règles depuis

l'opération. J'ai attendu deux ans, ajoute l'auteur, avant de faire connaître ce résultat, mais je crois que le délai est assez long aujourd'hui pour permettre d'apprécier la valeur de l'opération. »

Le fait parle par lui-même, en effet, et c'est pourquoi nous avons cru devoir le rapporter ici d'une manière complète.

Observation III

(In *Annales médico-psychologiques*) (1)

Le docteur Wilkerson rapporte dans le *North Carolina medical Journal* (juin 1881), l'observation d'une jeune femme de dix-neuf ans, qui, depuis deux ans, présentait des symptômes d'aliénation mentale, avec prédominance d'impulsions érotiques ; pour la guérir de cette maladie, le docteur Wilkerson ne trouva rien de mieux à faire, que de lui extirper les deux ovaires. Au bout de trois semaines, la patiente était guérie de l'opération, et on constatait une certaine amélioration de l'état mental ; au bout de trois mois, ajoute-t-il, la raison était complètement rétablie.

Observation IV (2)

M. Gauran (de Rouen) relate l'observation d'une femme de vingt-six ans, qui fut atteinte un an après son mariage de lypémanie anxieuse avec accidents hystériformes ; etc. Elle présentait, en outre, une cataracte double dont elle fut opérée, et, à la suite de cette opération, les troubles psychiques disparurent complètement, et la guérison s'est maintenue complète depuis deux ans.

(1) *Ann. méd.-psych.*, 6^e série, t. VIII, p. 15.

(2) In *Semaine médicale*, 1890, compte rendu du Congrès de médecine mentale tenu à Rouen, du 5 au 8 août 1890, p. 279.

Observation V (1)

M. Séglas.— J'ai également observé, à la Salpêtrière, un fait où l'action favorable d'un traumatisme chirurgical sur des troubles mentaux antérieurs est des plus nettes. Il s'agissait d'une jeune malade atteinte d'excitation maniaque durant plusieurs mois, avec hallucinations continuelles. Cette malade avait un kyste de l'ovaire, dont elle a dû être opérée par M. Terrillon. A la suite de l'opération, dès le réveil chloroformique, tout accident intellectuel a disparu pour ne plus revenir. J'ajoute que la malade a guéri rapidement de son opération.

Observation VI (1)

(In *Annales médico-psychologiques*)

La nommée C..., femme S..., âgée de trente-neuf ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 26 septembre 1890, après un séjour d'un an à l'asile de Villejuif et un mois de liberté dans sa famille. Les renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels font presque totalement défaut. Toutefois, des stigmates physiques de dégénérescence se remarquent : le visage est asymétrique, les oreilles sont mal ourlées, les lobules en sont déchiquetés, comme chez certaines personnes scrofuleuses ; dans l'ordre psychique, outre un délire polymorphe, on observe un certain degré de débilité mentale. De l'hérédité nous ne savons qu'une chose, c'est que le père de la malade est mort d'une affection tuberculeuse.

(1) In *Semaine médicale*, 1890, compte rendu du Congrès de médecine mentale tenu à Rouen, du 5 au 8 août 1890, p. 279.

(2) *Ann. méd.-psych.*, 1893, 7^e série, t. XVII, p. 33.

Des habitudes alcooliques invétérées sont venues, par la suite, augmenter la prédisposition à l'aliénation mentale et se sont signalées par des bouffées de délire toxique, avec accès maniaques et retentissement fâcheux sur l'organisme.

L'état mental, au moment de l'arrivée à l'asile, peut être ainsi caractérisé : délire alcoolique en voie d'atténuation, greffé sur un état d'infériorité intellectuelle et constitué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, du goût, de la sensibilité générale et viscérale, par la persistance de signes somatiques d'alcoolisme, tels que tremblement des lèvres et des mains, malaises gastriques, sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs. Les conceptions délirantes de persécution sont surtout très accusées ; la malade prétend que Sainte-Anne (l'asile) la persécute, qu'on s'entend avec un Italien qu'elle a dans le ventre ; son mari est, dit-elle, tourné par les femmes, il la frappe.

Les hallucinations de l'ouïe sont des plus intenses : les voisins, surtout une femme qui demeurerait au second, la suivraient par leurs voix ; on disait : Montez-moi un revolver. Carnot lui a dit que son cœur était pourri. La croyance à des influences occultes est chez elle absolue ; elle a compris que la physique, que le commissaire de police était avec sa persécutrice.

Les illusions de la vue s'ajoutent à ces troubles multiples : elle a vu le président de la République chez des marchands de vin ; elle l'a reconnu d'après son portrait. Des altérations de la personnalité surviennent ensuite : quatre Italiens sont maintenant dans son ventre ; elle entend leurs voix qu'elle qualifie, les unes de bonnes, les autres de mauvaises ; deux Italiens, ceux de droite, sont pour son mari, les deux de gauche sont pour elle. Ils lui agrandissent la bouche, ils lui changent la tête, ils lui ont mis une tête d'homme en dedans de la sienne ; elle n'a plus ses yeux. Ils voudraient tout lui

changer ; ils substituent à ses organes de femme des organes d'homme. Parfois les hallucinations du sens génital deviennent encore plus manifestes ; elle prétend alors que les quatre Italiens la prennent de force, qu'ils la violent l'un après l'autre, qu'ils laissent des traces ignobles sur sa chemise, qu'elle sort de ces odieux attentats complètement exténuée. Les hallucinations de la sensibilité générale et de la vue ne sont pas moins évidentes : il y a toujours un Italien qui veille à ses côtés, elle sent ses mains sur ses épaules, sur son ventre, il lui montre une tête grimaçante pendant qu'elle mange. Enfin les idées de grandeur apparaissent : elle est connue de tout Paris ; on l'avait électrisée en 1882 et Paris l'a su ; tous les journaux parlent d'elle.

Le délire s'est ainsi poursuivi jusqu'au mois de juillet, laissant entrevoir à bref délai un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles ; entrecoupé d'accès maniaques au moment des règles, qui étaient signalées par des ménorrhagies redoutables, nécessitant l'emploi d'hémostatiques. L'examen des organes pelviens, tant par le toucher vaginal que par la palpation et la percussion abdominales, avait permis de reconnaître, depuis plusieurs mois déjà, la présence de deux tumeurs, dont l'une était à gauche, dans la région ovarienne, empiétant déjà sur la ligne médiane et le côté droit, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt : tumeur peu mobile fluctuante et offrant les apparences d'un kyste fortement enclavé dans le plancher pelvien, adhérent à l'utérus ; dont l'autre venait faire saillie à travers le col utérin, sous forme d'une masse blanchâtre mamelonnée, presque exsangue, à bords circulaires, du volume d'une mandarine, s'étalant en dehors des lèvres du col et étranglée à sa base qui donnait naissance à un pédicule traversant le canal cervical.

En raison de l'état d'émmaciation de la malade, épuisée par des pertes périodiques d'une extrême abondance, une double intervention chirurgicale fut décidée et eut lieu le 5 juillet.

PREMIÈRE OPÉRATION. — Le col est attiré à la vulve et fixé à l'aide de pincés appropriées. Les lèvres du col sont incisées latéralement, pour permettre l'accès facile du corps fibreux; son implantation est large et se fait à la face postérieure de l'utérus près du fond, son volume est celui d'une petite mandarine. — Énucléation du corps fibreux, après incision de la muqueuse par le procédé ordinaire.

DEUXIÈME OPÉRATION. — Laparotomie médiane. Le kyste est mis à découvert; il est énorme et dépasse l'ombilic de deux travers de doigt; il est réellement inclus dans le ligament large, recouvert d'un feuillet péritonéal manifeste et adhérent au côté latéral gauche de l'utérus. Le feuillet péritonéal est incisé. — Ponction du kyste: liquide transparent avec crochets. La décortication est longue et laborieuse; le kyste est finalement énucléé sans le pédicule, dont la partie profonde plongeait dans le plancher pelvien. La poche nécessite une hémostase minutieuse et n'est ni suturée ni drainée. Suture ordinaire de la paroi abdominale.

Plusieurs vomissements eurent lieu dans les heures qui suivirent l'opération; un vomissement se produisit également le 6 juillet, à cinq heures et demie du soir; puis l'état général redevint satisfaisant, malgré un léger mouvement fébrile accusé par une courbe thermométrique que nous n'avons pas cru devoir reproduire, tant les oscillations du thermomètre ont été insignifiantes. La température, en effet, n'a jamais dépassé 38 degrés, chiffre qu'elle a seulement atteint les 5, 8 et 11 juillet; à partir du 15 juillet, elle est retombée définitivement à 37 degrés.

Le premier pansement se fit le 12 juillet. — Les suites opératoires furent très simples; il se produisit, à la suite, un peu de désunion au niveau du fil inférieur, mais bientôt la cic-

trisation fut complètement obtenue. — Du côté du vagin, des injections, avec un litre de sublimé au 1/1000^e, étaient chaque jour pratiquées, après le pansement de la plaie abdominale, pour éviter toute cause d'infection. Un tampon de gaze iodoformée était ensuite appliqué, tampon qui dut bientôt être remplacé par de la ouate hydrophile, en raison de symptômes d'intoxication.

Après quelques jours de soins, tout était terminé de ce côté.....

Peu de temps après cette opération, nous avons pu constater la disparition de toutes les perversions sensorielles qui se rapportaient aux organes abdominaux ou à la sphère génitale. La malade n'a plus d'Italiens dans le ventre, ni à droite ni à gauche; elle a repris ses attributs féminins, elle n'est plus l'objet de souillures infâmes, elle n'a plus personne à ses côtés pendant son sommeil, elle ne sent plus aucun contact; les illusions du goût ne se reproduisent plus. — La disparition des illusions du goût, des hallucinations de la vue, de certains troubles de la sensibilité générale, a lieu de nous étonner. Il est vrai que l'interprétation délirante, chez une prédisposée surtout, a pu aboutir à toutes ces allégations maladives que nous avons exposées; la tumeur abdominale s'est sans doute accompagnée de malaises gastriques, dont le retentissement sur la sensibilité gustative s'est traduit par des illusions; pour les hallucinations de la vue ou de la sensibilité générale, la même remarque est admissible, car elles ne se produisaient qu'à l'occasion d'impressions viscérales pénibles, dont le point de départ était toujours dans les organes abdominaux.

Observation VII

(Due à l'extrême obligeance de M. le Dr Pons, médecin en chef de l'Asile des femmes aliénées de Bordeaux.)

M^{me} X..., âgée de trente-huit ans, entre à l'asile de Bordeaux le 30 septembre 1882. Elle est transférée d'une maison de santé où elle était en traitement depuis le 3 janvier 1881.

Son certificat d'admission porte le diagnostic de manie chronique, et la représente comme agitée jusqu'à la fureur, avec des rémissions incomplètes.

Les renseignements qui la concernent sont peu abondants. Avant l'invasion de la folie, elle avait des mœurs légères. Son caractère mobile, la portait à l'extravagance et au désordre. Son mari, qui avait autrefois avec elle des relations irrégulières, l'avait épousée à l'âge de trente-quatre ans, pour légitimer la naissance d'un enfant aujourd'hui décédé. Le ménage était souvent troublé par la mésintelligence des époux, et cette situation a cessé avec l'explosion d'un accès maniaque aigu, qui a nécessité l'internement de la malade. Nous trouvons l'hérédité mentionnée dans ses notes médicales, sans indications plus précises.

M^{me} X... est une brune de haute taille, fortement constituée, au regard hardi, au langage grossier. Elle se montre désordonnée et crieuse, brise et déchire tout ce qui lui tombe sous la main. Elle n'a plus eu ses règles depuis un an environ. Parfois elle semble sous le coup d'un délire hallucinatoire, se livre à des monologues et répète machinalement ce qu'elle entend. A d'autres moments, elle est extravagante, impulsive, et frappe la tête contre les murs, en ayant soin de ne pas se blesser. L'insomnie est complète.

Peu de temps après son entrée, on découvre à la joue droite

de la malade une tumeur de la grosseur d'une aveline. Les parents ont déclaré que cette tumeur était ancienne. Elle est dure, mobile, logée dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérences avec les tissus voisins.

En novembre 1882, le trouble mental s'est modifié. La malade se nourrit et dort bien. La tenue est meilleure, mais le délire a pris une forme raisonnante, perverse. M^{me} X... se complaît dans le mal qu'elle voit ou qu'elle peut faire. Elle met le désordre dans le pensionnat. Ses réponses sont nettes et lucides, elle est consciente du milieu où elle se trouve et fait même de la musique par intervalles ; mais elle se montre méchante à l'occasion et aussi désagréable que possible. La santé physique est excellente, les règles ne sont pas venues.

Au mois de janvier 1883, la forme maniaque aiguë fait de nouveau son apparition pendant quelques jours, pour faire place, pour la seconde fois, au délire lucide avec tranquillité relative de la conduite.

On a profité de cette accalmie pour pratiquer l'ablation de la petite tumeur de la joue. L'opération s'est passée sans incident. La tumeur n'a pas été examinée au microscope (ou nous n'avons pas trouvé de traces de l'examen).

A la suite de cette intervention chirurgicale, la maladie mentale s'est légèrement modifiée. Les périodes de rémission, marquées par une tenue presque correcte, la mobilité des idées, les tendances vicieuses et les intempérances de langage, sont devenues plus fréquentes. La malade est surtout méchante intentionnellement, faisant des niches aux autres, maltraitant les malades plus faibles, quand elle n'est pas surveillée, tenant des propos obscènes pour scandaliser les religieuses ; cette turbulence perverse qui est son état habituel, est interrompue à de longs intervalles par des crises maniaques, avec désordre violent et insomnie complète. L'aménorrhée persiste.

En septembre 1883, on signale comme épisode morbide des accès de fièvres intermittentes, qui ont été sans influence sur l'état mental.

Rien n'est mentionné de bien saillant chez la malade, jusqu'à la fin de l'année 1887. A cette époque, la chronicité s'est affirmée ; la lucidité des périodes calmes est moins nette ; les rémissions se reconnaissent surtout au désordre moins violent de la conduite, mais la malade est négligée, malpropre de sa tenue, souvent gâteuse. La démence paraît imminente.

La tumeur de la joue n'a pas récidivé, mais un autre néoplasme est découvert, au mois de janvier 1888, dans le sein gauche. On constate dans cette région l'existence d'une tumeur, que l'agitation de la malade et son inconscience avaient laissée, sans doute, longtemps inaperçue. Elle a le volume d'une orange, paraît dure, régulière, enkystée, sous-adhérente à la peau du mamelon.

Malgré l'avis du chirurgien distingué de l'asile, le mari de la malade a fait attendre pendant toute une année son consentement à une opération. Ce n'est que le 17 janvier 1889 qu'elle a pu être pratiquée. La tumeur avait acquis le volume d'une tête fœtale. M. le Dr Piéchaud a fait avec succès l'ablation du sein. Le néoplasme, soumis à l'analyse microscopique, a été reconnu pour un fibro-sarcome.

Après l'opération, un changement radical a eu lieu dans les allures et la conduite de M^{me} X... On l'a vue d'une douceur insolite, se prêter de bonne grâce aux pansements, s'inquiéter des suites de sa blessure, demander pardon à la sœur de ses inconvenances passées. La guérison de la plaie a été quelque peu retardée par une petite complication inflammatoire, mais, au mois de mars 1889, la cicatrisation était parfaite et l'état physique aussi satisfaisant que possible.

L'amélioration du trouble mental ne s'est pas démentie. M^{me} X... reçoit très fréquemment la visite de sa mère et

d'une amie, et leur témoigne le désir de rentrer chez elle. Mais elle offre quelques symptômes qui ne permettent pas de considérer sa guérison comme certaine. La malade est sujette à des accès de dépression mentale avec affaïssement profond, défaillances morales avec conscience, crainte de mourir à l'asile, céphalalgies, etc... En présence de cet ensemble symptomatique, impliquant surtout le moral, nous avons souhaité de voir la famille de M^{me} X... la retirer à titre d'essai; mais le mari, sous l'impression d'événements passés toujours regrettables, ne voulait pas absolument entendre parler d'un élargissement prématuré ! Aussi nous engageâmes la mère de la malade à solliciter l'intervention de M. le Préfet de la Gironde, qui autorisa, malgré le principal intéressé, la sortie de M^{me} X...

Au mois d'août 1889, la santé mentale de M^{me} X... était toujours satisfaisante, et sa mère nous apprenait que la dépression mélancolique, qui nous avait inquiété, avait heureusement disparue.

Observation VIII

(PERSONNELLE)

M^{me} B. F., épouse T., est entrée à l'asile de Marseille le 6 décembre 1892. Elle a quarante-quatre ans et le début de sa maladie mentale remonte à trois années environ. Les causes en sont inconnues et l'hérédité vésanique ne révèle absolument rien. La malade est triste, déprimée, avec préoccupations hypochondriaques; elle refuse de manger; elle présente en outre de l'affaiblissement intellectuel, ne se souvient pas de son âge, ne sait pas où elle est, ni depuis combien de temps elle y est; elle ne sait pas non plus le mois ni l'année où nous sommes. Elle a fait une tentative de suicide chez elle, en essayant de se donner

un coup de couteau à la gorge, mais elle ne s'en souvient pas. Elle est calme et tranquille, mais ne dort pas la nuit. Elle porte une tumeur abdominale de volume assez considérable, que l'on diagnostique être d'origine utérine.

A certains jours, elle secoue sa torpeur cérébrale, cherche à se rendre compte de sa situation ; la conscience se réveille alors, elle se souvient qu'elle a eu des idées de suicide, qu'elle a fait une tentative, mais affirme ne plus en avoir maintenant et promet de ne plus recommencer ; elle dit aussi avoir eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe, mais prétend ne plus en avoir, pourtant elle prend parfois ses compagnes pour des hommes. Ce qui la rend triste, dit-elle, c'est qu'elle aime le travail et qu'elle se sent absolument incapable de rien faire, à cause de sa tumeur, dont la présence l'incommode, et qui est pour elle l'objet de préoccupations constantes et absorbantes. Elle est assez consciente et lucide ces jours-là pour donner ces renseignements d'une manière satisfaisante ; ces jours-là aussi, elle mange mieux, elle dort bien et fait des efforts pour s'occuper à quelque ouvrage. Puis, elle retombe dans son mutisme, dans sa tristesse, pleurant de temps à autre, se laissant pousser passivement au travail sans aucune initiative ; alors aussi les sentiments affectifs disparaissent, son mari lui est absolument indifférent. Ces alternatives de semi stupeur et de conscience avec réveil de l'activité, se renouvellent pendant plusieurs mois, sans que l'internement de la malade ait donné des résultats favorables.

On se décide à lui enlever sa tumeur abdominale et l'opération est pratiquée à l'asile, le 15 mars 1893, par M. le docteur Pantaloni, major de l'hôpital de la Conception. En voici le compte rendu détaillé :

OPÉRATION. — Incision de 25 centimètres environ, commençant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, laissant

celui-ci à droite, et suivant la ligne blanche jusqu'au voisinage du pubis. Hémostase de la paroi abdominale au moyen de pinces. La tumeur, refoulant en haut les anses intestinales, apparaît libre de toutes adhérences, assez largement pédiculisée. Son énucléation hors de la cavité abdominale se fait facilement. — Dure, fibreuse, sans aucun signe qui révèle une poche kystique, elle occupe tout le segment supérieur de l'utérus, sur lequel on voit de nombreux vaisseaux, des veines surtout extraordinairement développées, atteignant un centimètre et demi de diamètre. Le pédicule, dont le diamètre transversal l'emporte de beaucoup sur les autres, est formé par les ligaments larges, fortement attirés en haut, et par cette partie de l'utérus qui unit le col au corps, et qui présente ici 5 ou 6 centimètres de diamètre, tandis que celui du corps, tumeur comprise, est de 30 à 35 centimètres dans tous les sens. — Disons tout de suite qu'à l'examen, après ablation, la tumeur se montrera sous forme d'une masse sphérique de 30 centimètres de diamètre environ, enfermée dans la cavité utérine, parfaitement distincte de l'utérus qui lui forme enveloppe, et auquel l'unit seulement un tissu cellulaire lâche, ce qui permet de l'énucléer facilement. Cette enveloppe utérine a 7 à 8 millimètres d'épaisseur. Sur la coupe de la tumeur, un feutrage de tissu fibreux, dur, blanc, résistant, sans aucun point de différenciation. Ces caractères macroscopiques, son indépendance d'avec le tissu utérin, en faisaient un fibro-myome, tumeur essentiellement bénigne.

Rien à signaler du côté des annexes, si ce n'est au niveau de la trompe droite, dont la partie moyenne est le siège d'une dilatation kystique bien limitée, contenant un liquide que la ponction révèle être du sang noir et qui provient sans doute d'une rupture veineuse, car tout le système circulatoire du pédicule est fortement congestionné. Cette poche est ouverte, vidée, lavée soigneusement et suturée après hémostase.

Une fois la tumeur énucléée de la cavité abdominale, le pédicule est fortement étreint, aussi bas que possible, par un double lien en caoutchouc, et sectionné en totalité au thermocautère, à 2 ou 3 centimètres au-dessus. Hémorragie nulle. Le thermocautère est plongé dans la cavité du moignon cervical, à 5 ou 6 centimètres de profondeur, avec insistance.

Une première suture au catgut, à points passés ou en faufil, est placée sur toute la largeur du pédicule, à un centimètre de la section ; les points en sont peu espacés et fortement étreints. Une seconde suture en surget, placée sur les tissus de la section, les affronte soigneusement. Lavage soigné du péritoine, à l'eau distillée bouillie. Enfin, fermeture de la cavité abdominale par une suture profonde en faufil, et une supercielle en surget, pour affronter exactement les lèvres de la plaie.

Pendant toute l'opération, la malade a parfaitement supporté le chloroforme. Pansement à la gaze iodoformée, recouverte par une couche épaisse de coton hydrophile au sublimé.

Soins consécutifs. — Lavage soigné de la cavité vaginale au sublimé au 1/1000^e immédiatement après l'opération. La même précaution avait été prise avant. Ces lavages sont répétés trois fois, puis deux fois par jour, pendant les vingt jours qui ont suivi. Des purgations salines légères ont été données tous les trois jours jusqu'au douzième jour. L'alimentation n'a commencé, très légère, que le neuvième jour et a été augmentée graduellement.

Rien à signaler dans les jours qui ont suivi l'opération : la malade satisfaite du résultat, qu'elle redoutait avant, se reprend à espérer, surtout quand on lui donne l'assurance qu'elle n'a pas à redouter une récurrence. Ses préoccupations

hypochondriaques disparaissent et avec elles l'état de tristesse, de dépression, de stupeur ; les hallucinations, les idées de suicide ont disparu ; la malade a repris son activité, sa gaieté.

La guérison ne fait que s'accroître dans les mois qui suivent, et la malade quitte l'asile le 6 juin 1893. Nous avons demandé de ses nouvelles à plusieurs reprises depuis ; la guérison s'est maintenue.

IV

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir, de folies sympathiques traitées par l'intervention chirurgicale. Nous avons reproduit les textes originaux, quand nous avons pu les avoir ; les comptes rendus des journaux, quand nous n'avons pu faire autrement.

Ces observations sont trop peu nombreuses pour servir de base à une doctrine thérapeutique. — Nous ne pouvons que regretter cette insuffisance numérique ! Nous n'avons pas eu, du reste, la prétention d'édifier une doctrine thérapeutique ! Nous avons voulu seulement mettre la question au point ; indiquer la voie à ceux qui viendront après nous, et qui, plus heureux que nous, pourront faire une ample moisson d'observations ; car nous ne doutons pas que leur nombre n'augmente rapidement, maintenant que les médecins aliénistes semblent être entrés dans la voie.

Mais il ne suffit pas d'avoir rapporté des observations : il faut en faire la **critique** ; il faut voir ce qu'elles ont d'incomplet, de peu probant, pour pouvoir en tirer par la suite des conclusions justifiées.

Une première question se pose : s'agissait-il bien de folies

sympathiques, dans tous ces cas ? — Pour les observations II et III, que nous avons empruntées aux Américains, la question ne doit même pas être posée, puisqu'il n'y avait du côté des ovaires aucune lésion qui pût justifier l'oophorectomie ? Nous ne les avons rapportées que pour être complet. — Des six autres observations, trois seulement sont rapportées avec détail ; les observations I, IV et V ne sont que de courts résumés, où les auteurs, sans motiver leur diagnostic, ont cru le justifier suffisamment par un résultat thérapeutique affirmatif. La seule conclusion que nous pouvons légitimement tirer de ces trois observations, comme des deux précédentes, c'est que l'intervention chirurgicale peut, dans certains cas, exercer une action favorable sur la folie ; mais ce n'est pas avec de pareilles notions, que nous pouvons préciser les cas où cette intervention est légitime.

En est-il de même des observations VI, VII et VIII ? Celles-là aussi sont passibles d'un reproche ; c'est celui qu'a formulé M. Mairet, à l'encontre de toutes celles qu'ont rapportées les auteurs : l'étiologie n'a pas été assez fouillée, les antécédents des malades, l'influence des causes prédisposantes surtout, n'ont pas été scrutés avec assez de soin. — Cela suffit-il pour entacher nos observations de nullité ? Nous ne le pensons pas. Si l'insuffisance des renseignements étiologiques ne nous permet pas de suivre par quelle filiation, par quelle série d'influences la folie a été réalisée, il ne s'ensuit pas nécessairement que ce ne fussent pas des folies sympathiques ? D'après ce que nous avons établi plus haut, si nous pouvons montrer que l'évolution de la folie a été subordonnée à celle de l'affection organique, dans les trois cas, nous aurons prouvé suffisamment le lien de sympathie qui les unissait.

Dans l'observation VI, de MM. Piqué et Febvre, nous voyons, suivant les expressions même des auteurs, « un délire

sympathique, survenu au cours d'une psychose chronique, et disparu sous l'influence d'une double intervention chirurgicale » ; et ils ajoutent : « Notre attention s'est portée surtout sur la marche du délire, dont les éléments se sont tour à tour accrus ou diminués, suivant les oscillations de l'état de santé de la malade..... Il ne s'agit point ici d'un cas de folie sympathique essentielle..... Les troubles intellectuels étaient la conséquence de facteurs multiples, au nombre desquels figuraient la prédisposition héréditaire et l'alcoolisme ; leur éclosion était loin d'avoir coïncidé avec les lésions des organes pelviens ; enfin l'affaiblissement intellectuel, précurseur d'une démence finale, nous enlevait à lui seul toute illusion : aussi l'espoir d'une guérison radicale ne nous était-il jamais venu à l'idée. Toutefois, le délire s'était accru de perversions sensorielles, dont le germe pouvait se trouver dans de nouvelles souffrances de l'organisme ; un délire partiel sympathique, si l'on peut s'exprimer ainsi, avait pu se greffer sur les éléments délirants primitifs. En raison même de sa coïncidence avec des néoplasmes ou d'autres altérations organiques, ce délire était justiciable du traitement chirurgical. L'état mental post-opératoire a confirmé cette opinion. »

Nous n'avons rien à ajouter à cette analyse.

Dans l'observation VII, due à l'obligeance de M. le docteur Pons, médecin en chef de l'Asile des femmes aliénées de Bordeaux, il s'agit d'une malade ancienne, qui avait passé plus de sept ans à l'asile. — Comme antécédents, l'hérédité est notée, mais sans indications précises ; un caractère exalté, extravagant, une conduite irrégulière, sont seuls signalés.

Des contrariétés de ménage provoquent, en 1882, l'explosion d'un accès de manie, avec hallucinations, qui disparaît après quelques mois ; mais alors apparaissent les symptômes d'une véritable folie morale. — Les accès de manie, fréquents

au début, s'espacent avec le temps, puis finissent par disparaître ; les symptômes de folie morale, qui alternaient avec eux, ne s'atténuent que plus tard et deviennent chroniques. — Une première tumeur, de petit volume, de nature malheureusement indéterminée, est enlevée en 1883 et ne récidive pas. Mais quelques années plus tard, en 1888, on découvre, dans le sein gauche, une nouvelle tumeur, grosse comme une mandarine, que le microscope révélera être un fibro-sarcome et qui atteint rapidement le volume d'une tête de fœtus. L'amputation du sein est pratiquée en 1889, et la guérison de la maladie mentale s'ensuit.

Que penser de cette observation ? — Peut-on regarder la folie comme une manifestation de la diathèse néoplasique ? Nous ne le pensons pas. Il nous semble, d'abord, que la folie néoplasique n'aurait pas présenté la forme clinique que nous trouvons ici ? La folie morale, qui constituait le fond de l'aliénation, est toujours une manifestation de l'hérédité ; la suppression des règles, qui a été constatée, mérite aussi qu'on lui assigne une place dans la genèse de ce fond morbide. Quant aux accès de manie, que nous trouvons dans les premiers temps, comme forme morbide, ils s'expliquent par le caractère exalté de la malade et par les contrariétés qu'elle a éprouvées en ménage. — Mais peut-on dire qu'il y avait ici diathèse néoplasique, si diathèse il y a ? La première tumeur, indolente, stationnaire, ancienne, ne ressemble pas à la seconde, dont le développement fut rapide ; elle ne semble pas, en outre, avoir eu une influence marquée sur la maladie mentale, car on ne saurait vraisemblablement lui attribuer l'amélioration légère qui s'est produite après son ablation.

Quel a donc été le rôle de la seconde ? Elle n'existait probablement pas au moment où la folie s'est développée : on ne l'a découverte que six ans plus tard ; la malade avait eu dans l'intervalle des périodes de calme, qui eussent permis de la

découvrir, si elle eût existé ; elle-même s'en serait aperçue et n'aurait pas manqué de la signaler, pour se rendre intéressante ; la tumeur avait, quand on la découvrit, le volume d'une orange, et elle atteignit rapidement celui d'une tête de fœtus : il est donc certain qu'elle avait pris naissance depuis peu. — D'autre part, à ce moment, les accès maniaques avaient déjà disparu ; la folie morale elle-même s'était atténuée, et il était permis d'espérer une guérison : on la vit au contraire se prolonger, devenir chronique. Mais, la tumeur enlevée, cette folie morale, déjà chronique, disparut et la guérison s'est maintenue.

N'est-il pas permis de supposer que le néoplasme, survenu au cours de l'aliénation, jouait simplement le rôle d'épine, que c'est lui qui entretenait la folie ? C'est là, croyons-nous, le seul rôle que l'on peut attribuer à l'affection organique dans cette observation.

L'observation VIII, qui nous est personnelle, nous offre une nouvelle variété, la plus importante, de folie sympathique. Ici, l'affection organique a précédé l'aliénation ; la malade nous l'affirmait plus tard, une fois guérie, et elle se rappelait fort bien toutes les circonstances de sa maladie. C'est la tumeur, ce sont les troubles qui précédèrent ou accompagnèrent sa constatation par la malade, qui préoccupèrent d'abord fortement son esprit. Cette préoccupation devint bientôt une idée fixe : anxieuse d'abord sur l'évolution ultérieure de son néoplasme, M^{me} B. en vint bientôt à se croire vouée à la pire des maladies ; d'où la perte de toute activité, de toute initiative, une sorte d'aboulie passive et fataliste : à quoi bon, puisqu'elle était perdue ? Absorbée par son idée fixe, elle ne prêtait plus aucune attention à son entourage, indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, ne sachant même plus ni le cours du temps, ni son nom, ni son âge. C'est ce qui explique cet état

de torpeur intellectuelle, qui fut prise un moment pour de l'affaiblissement mental, et qui n'était que de la stupeur hypochondriaque. — Pour échapper à ses préoccupations, à son idée fixe, elle n'avait qu'un moyen, le suicide ; l'idée du suicide la hanta longtemps, avant qu'elle se décidât à faire une tentative. Quant aux hallucinations de la vue et de l'ouïe, dont elle se souvenait aussi parfaitement, nous n'essaierons pas d'en expliquer la pathogénie.

C'est bien là, nous semble-t-il, un exemple de folie sympathique, dans laquelle le rôle de l'affection organique a été primordial : c'est elle qui a présidé à son éclosion, à son développement, qui en a déterminé le fond et la forme ? — Nous ne voulons certes pas dire qu'elle a créé à elle seule et de toutes pièces la folie. Nous ne nions pas le rôle des causes prédisposantes ; nous n'avons pu malheureusement l'élucider dans la suite, la malade ayant quitté Marseille peu de temps après sa sortie de l'asile ; mais nous pensons que ce rôle, tout important qu'il ait été, n'a été que secondaire : celui de l'affection organique a été primordial.

Ainsi, dans nos trois dernières observations, il s'agissait bien de troubles psychiques, sympathiques à des degrés divers d'une lésion organique. Dans la première, c'était un délire sympathique surajouté, survenu au cours d'une aliénation mentale ancienne ; et ce délire « bien que postérieur à d'autres troubles intellectuels, ne tarda pas à masquer ces derniers, tant avaient été intenses les perversions sensorielles dont il s'était compliqué. » Dans la deuxième, le néoplasme jouait le rôle d'épine ; il entretenait la folie, qui évolua vers la guérison, dès qu'on eut pratiqué l'amputation du sein. Dans la troisième, enfin, la tumeur utérine n'entretenait pas seulement l'aliénation ; elle l'avait provoquée, lui avait imprimé une forme clinique en rapport avec les préoccupations dont elle-même était

l'origine ; la guérison mentale, survenue aussitôt après l'ablation de la tumeur, vint confirmer ce rôle primordial de l'affection organique dans la genèse et l'évolution de la folie. — Malgré le petit nombre de nos observations, que nous avons déjà eu l'occasion de regretter, le hasard nous a bien servi, en ce sens que chacune d'elles nous offre un exemple des trois grandes variétés de sympathies psychiques, que nous avons établies plus haut avec M. Mairet.

V

Il nous faut maintenant savoir, si, dans toutes ces observations, l'intervention chirurgicale était suffisamment **indiquée** — Nous n'avons pas besoin de dire, qu'ici encore nous éliminons les deux observations des auteurs américains.

Dans l'observation I, il s'agissait d'un polype utérin : cette tumeur comportait en elle-même son indication opératoire, qui était suffisante, sinon formelle. Dans l'observation IV, la malade, cataractée des deux yeux, devait être opérée de toute nécessité ; le trouble fonctionnel était ici une indication impérative. Enfin, dans l'observation V, la malade avait un kyste de l'ovaire ; le chirurgien n'était-il pas, encore ici, légitimement autorisé, obligé à intervenir ?

Les indications provenant de la sympathie psychique existaient-elles dans ce premier groupe de faits ? Les observations n'en disent rien ; celles qui se tiraient de la nature de l'affection organique sont seules indiquées ; mais elles nous paraissent suffisantes à justifier l'intervention. Peu importait le bénéfice que la malade pouvait en retirer, au point de vue de son état mental : la nécessité de rétablir une fonction aussi importante que la vue, le danger qu'il y aurait eu à laisser évoluer un polype utérin et surtout un kyste de l'ovaire, rendaient les opérations légitimes ! Suffisante dans le premier

cas, plus impérative dans le troisième, l'indication était formelle dans le second.

Dans l'observation VI, de MM. Picqué et Febvère, la malade présentait un polype utérin et un kyste de l'ovaire. Ces deux affections comportaient évidemment une indication opératoire impérative. Mais il y avait plus : l'apparition, dans le cours de l'aliénation, d'idées délirantes spéciales, survenues à l'occasion de ces affections organiques, permettait d'espérer que l'ablation des deux tumeurs ferait disparaître le délire sympathique. C'était là une indication nouvelle, importante, qui s'ajoutait à l'autre. — De même dans l'observation VII, le fibro-sarcome menaçant par la rapidité de son évolution la vie de la malade, il était de toute nécessité de pratiquer l'amputation du sein ; mais le rôle d'épine que jouait ce néoplasme par rapport à la maladie mentale, permettait d'espérer une guérison de celle-ci : donc, ici encore, la sympathie psychique apportait son appoint à l'indication opératoire.

Dans notre cas, enfin, la sympathie était encore plus manifeste ; la relation de causalité, la subordination d'évolution entre l'affection organique et la folie étaient si évidentes, que c'était une indication opératoire de premier ordre ; indication plus importante que celle qui se tirait des inconvénients que la malade éprouvait du fait de sa tumeur, car ceux-ci étaient secondaires, la tumeur étant bénigne et gênant surtout mécaniquement par son volume.

Dans ces trois observations, l'indication opératoire donnée par la nature de l'affection organique était suffisante pour la troisième, impérative et formelle pour les deux autres. Mais, par contre, la nature des troubles psychiques était une indication adjuvante pour les deux premiers, formelle pour le troisième, où la folie était manifestement sous la dépendance de la tumeur.

Dans toutes ces observations, l'intervention chirurgicale était donc toujours justifiée, quelquefois formellement impérative. — La recherche des indications nous a révélé qu'elles devaient se tirer de deux sources : la nature de l'affection organique, d'une part ; la nature de la sympathie psychique, de l'autre. Celles du premier ordre peuvent être suffisantes ou formelles ; de même aussi celles du second, qui sont d'autant plus impératives, que la sympathie est plus manifeste, que l'influence de l'affection organique dans la genèse et l'évolution de la folie est plus efficiente.

Si nous voulions ramener à une sorte de formule syllogistique, la valeur des indications de ces deux ordres, nous dirions : deux indications suffisantes peuvent permettre l'abstention ; une suffisante et une formelle imposent l'intervention ; à plus forte raison deux formelles impératives ! — Mais n'y a-t-il pas des cas où l'existence de la sympathie psychique, lorsqu'elle est bien établie, suffit à justifier l'intervention, sans autre indication ? Posée ainsi, la question est insoluble : elle n'a jamais été observée en clinique, elle n'est pas réalisable. Il faut toujours, pour qu'il y ait folie sympathique, qu'il y ait un organe affecté. Ce qui peut se présenter, ce sont des cas où l'indication psychique est tellement prépondérante, qu'elle laisse dans l'ombre l'indication organique ; mais celle-ci, pour si peu impérative qu'elle soit, est toujours nécessaire : sans cela on tomberait dans l'excès que nous avons reproché aux Américains.

A côté des *indications*, il nous faudrait maintenant étudier les *contre-indications* du traitement chirurgical de la folie sympathique. Mais celles-ci n'ont rien de spécial : ce sont celles que le chirurgien doit examiner avant toute opération, et qui se tirent de l'état général du malade, de la curabilité

de son affection, etc.; nous n'avons pas à les examiner ici. La folie sympathique, elle, n'est jamais une contre indication; nous exposerons plus loin, sous forme d'objections à réfuter, celles que l'on pourrait tirer de l'état mental et physique des aliénés en général.

Au reste, ajoutons-le, cette question de la valeur des indications et contre-indications est trop complexe dans la pratique, pour pouvoir se ramener à une formule unique : c'est affaire de jugement et de conscience de la part du praticien, qui doit peser si les avantages ne sont pas inférieurs aux risques et aux inconvénients de l'opération; et, dans cette balance, c'est du côté des avantages que la sympathie psychique vient toujours se ranger. Nous voulons seulement dégager de cette discussion, cette idée que la guérison d'une folie sympathique bien établie est un assez beau résultat à rechercher, pour devoir atténuer à nos yeux l'importance de toutes les contre-indications qui ne sont pas formelles.

VI

Quelles sont les folies sympathiques pour lesquelles l'intervention chirurgicale peut être utilisée? — Il ne s'agit pas évidemment de passer en revue toutes les opérations, qui peuvent être utilisées dans le traitement de la folie sympathique, mais d'indiquer, parmi les affections qui peuvent la provoquer, celles qui sont justiciables d'une opération chirurgicale (1).

(1) Il eût été intéressant de rechercher, pour toutes les folies que l'on a données comme sympathiques de maladies d'organes si divers, en ces dernières années, jusqu'à quel point elles méritaient le titre de sympathiques. Mais cette recherche n'entraîne pas dans notre cadre. Disons seulement que l'on s'accorde à reconnaître, que les maladies de l'oreille n'ont jamais provo-

Nos observations, si peu nombreuses, ont encore le mérite de la variété étiologique, et chacune d'elles nous offre une intervention opératoire différente : deux extractions de polypes utérins, une cataracte, deux ovariectomies, une amputation du sein, une hystérectomie. — Sont-ce les seules opérations dont la folie sympathique peut être justiciable ?

Parmi les maladies de l'œil, l'opacité du cristallin a seule été signalée jusqu'à maintenant, comme cause de sympathie psychique : son extraction et l'iridectomie ont seules été tentées. — Il ne nous semble pas que d'autres opérations sur l'œil soient jamais indiquées. Les maladies de l'humeur vitrée et de la rétine, amenant comme la cataracte un affaiblissement lent et progressif de la vue, pourront peut-être elles aussi provoquer la folie sympathique ; cela ne paraît pas du moins impossible *a priori* ; mais le rôle de la chirurgie est nul dans leur thérapeutique.

Les lésions de la muqueuse nasale, buccale et naso-pharyngienne se sont parfois compliquées de délire sympathique, avec hallucinations du goût, de l'odorat et de l'ouïe ; de même, l'épithélioma de la langue, de la lèvre et de la joue : l'ablation d'un polype du nez ou des fosses nasales, les excrécés d'épithéliomas, quel que soit leur siège, nous paraissent être les principales opérations de chirurgie courante dont pourra bénéficier la sympathie psychique. — Une tumeur du corps thyroïde, compliquée de folie, pourra elle aussi, dans certains cas que nous n'avons pas à préciser ici, bénéficier de l'ablation par le bistouri. — Pour ce qui est des maladies de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin et du foie, la chirurgie y trouve des indications trop restreintes, jusqu'à maintenant du moins, pour être d'un grand secours dans le traite-

qué de folie sympathique vraie : les altérations méningées de voisinage que l'on observe dans ces cas suffisent à expliquer les troubles psychiques.

ment des folies sympathiques qui les compliquent. Les affections du rectum sont, dans l'état actuel de la science, celles qui bénéficieraient le plus de l'intervention chirurgicale.

Mais le sein, les organes génitaux et leurs annexes, sont certainement les plus favorisés à ce point de vue. Les tumeurs solides de ces divers sièges, les kystes de la mamelle, de l'ovaire et des annexes, les polypes de l'utérus, ne reconnaissent le plus souvent aucun autre traitement que l'intervention chirurgicale : l'amputation du sein partielle ou totale, l'ovariotomie, l'hystérectomie, l'extraction des polypes par la voie vaginale, nous paraissent donc devoir jouer un rôle bien déterminé et important, dans les folies sympathiques de cet ordre.

On le voit, en somme, l'œil, le sein, la sphère génitale, sont le champ de prédilection où peut s'exercer la chirurgie, dans le traitement de la folie sympathique. Les observations s'y rapportent toutes et rien n'a été tenté en dehors. — Est-ce à dire que, dans l'avenir, on devra se borner à ces investigations, déjà pourtant assez nombreuses ? La chirurgie nous a habitués à tant de surprises, en ces vingt dernières années, qu'il serait téméraire de prétendre imposer des bornes à ses hardiesses. Telle opération, la résection du poudon par exemple, qui n'a donné jusqu'ici que des résultats médiocres, peut entrer demain dans le domaine de la chirurgie courante. La folie sympathique est appelée à bénéficier de ces découvertes. Qui sait si le malade observé par Ball, dans le service de Moreau de Tours, — qui disait avoir son curé dans le ventre et qui fut trouvé à l'autopsie porteur d'une entérite chronique de siège bien délimitée, — qui sait si ce malade, vingt ans plus tard, n'aurait pas tiré un grand bénéfice d'une résection intestinale ?

VII

Refutons, avant de terminer, quelques **objections**.

Ces objections sont plutôt d'ordre général : elles s'adressent à l'intervention chirurgicale chez tous les aliénés. Nous avons cru néanmoins devoir les exposer ici, parce que c'est dans la folie sympathique que l'intervention chirurgicale paraît devoir être utilisée le plus souvent.

On a observé bon nombre de cas où l'intervention chirurgicale avait provoqué, chez des personnes mentalement saines, le développement de la folie. La littérature médicale s'est enrichie, depuis quelques années, d'un grand nombre de publications sur ce sujet. M. Mairet y a consacré plusieurs leçons en 1889, et un de ses élèves, M. Denis, a fait sa thèse la même année sur l'*Aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales* (1).

Nous pourrions faire cette réponse trop facile, que dans les cas qui nous occupent, la folie existant déjà, ne risque plus d'être provoquée par le traumatisme chirurgical ? — Mais il s'agit de savoir si ce traumatisme ne risque pas d'aggraver l'état mental des malades ; si cet état mental n'est pas un danger pour les suites de l'opération. Et, à ce propos, l'impartialité nous fait un devoir de rapporter une observation personnelle.

Il s'agissait d'une malade atteinte de lypémanie, avec idées de suicide, de persécution et hallucinations, chez laquelle on avait constaté la présence d'une tumeur utérine.

(1) Denis, thèse de Montpellier, 1889.

Des métrorrhagies abondantes et persistantes avaient anémié à tel point la malade, qu'une intervention s'imposait. Elle eut lieu le 28 décembre 1893. L'utérus était complètement farci de petits fibromes de volume variant entre une noisette et une grosse noix ; il avait, une fois enlevé, le volume d'une tête d'adulte. L'opération fut faite avec tout le soin, avec toutes les précautions que l'on avait apportés à la première ; un seul incident à signaler : une certaine quantité de sang s'étant répandue dans le petit bassin, la toilette du péritoine demanda un peu plus de temps que chez la première malade, et l'intestin resta exposé un peu plus longtemps à l'air, bien que protégé par des linges chauds et aseptiques.

Faut-il attribuer le résultat de l'opération à cette circonstance ? — Quoi qu'il en soit, le soir de l'opération, la malade, après quelques poussées d'agitation légère et de peu de durée, tombait dans un état comateux, dont elle ne sortait que par la mort, survenue le surlendemain à midi.

Nous n'avons pu pratiquer l'autopsie, la famille s'y étant opposée, pour constater s'il y avait eu infection péritonéale ; mais les symptômes qui ont précédé la mort ne peuvent en rien faire incriminer la péritonite ; en outre, nous le répétons, des précautions aussi minutieuses que pour notre première opérée, avaient été prises au point de vue de l'asepsie, et il n'a été commis aucune faute opératoire. Notre malade est donc morte vraisemblablement de choc traumatique.

Ce cas ne peut évidemment être assimilé à ceux dont nous parlions plus haut : il s'agissait d'une aliénée, et l'opération n'a pas pu provoquer la folie. Mais on peut, à ce propos, se demander si les aliénés ne présentent pas une plus grande sensibilité au choc opératoire ? — Nos autres opérées ne nous ont jamais présenté rien de semblable, et nous n'avons vu le fait signalé par aucun des chirurgiens d'asiles.

On pourrait aussi se demander si, de même que les opérations chirurgicales ont pu provoquer la folie chez des sujets mentalement sains, elles ne pourraient pas aggraver l'état mental des malades déjà aliénés ? Nous avons vu le contraire pour toutes les observations de folies sympathiques, que nous avons rapportées plus haut ; pour celles que l'on pourra lire plus loin, et où il s'agissait de folies diverses, épilepsie, paralysie générale, monomanie religieuse, l'état mental des malades ne s'est nullement aggravé après l'opération. — Ne pourraient-elles, tout au moins, provoquer des crises d'agitation dangereuses pour les suites opératoires ? Ne pourrait-il se passer ici quelque chose d'analogue à ce que l'on observe chez les alcooliques ; à ces accès de délire au cours desquels ils déchirent leur pansement, leurs points de suture et dévident leurs anses intestinales ? Les poussées d'agitation légère et éphémère qu'a présentées notre malade, sembleraient prouver qu'il y a là un danger ? Nous ne pouvons encore que faire appel aux exemples que nous avons cités, à ceux que nous citerons plus loin, et aussi aux observations nombreuses que l'on a publiées, d'interventions chirurgicales pratiquées chez des aliénés atteints de folie non sympathique.

Au reste, disons-le pour répondre à toutes les questions qu'a provoquées le cas que nous avons rapporté : un fait isolé prouve-t-il quelque chose, quand on peut lui opposer des exemples assez nombreux, où les suites de l'opération ont été bénignes et le résultat favorable ? En réalité, ce fait n'a ni plus ni moins de valeur, que les exemples, et ils sont nombreux en chirurgie ordinaire ! de mort provoquée par le choc opératoire. S'est-on jamais autorisé de ces exemples, pour conclure à l'abstention systématique ?

Mais, outre le choc traumatique, l'emploi des anesthésiques, chloroforme ou éther, ne présente-t-il pas des inconvénients chez les aliénés? — Nous n'avons malheureusement aucune expérience sur l'anesthésie par l'éther; toutes les malades que nous avons vu opérer ont été endormies par le chloroforme. Il serait certainement intéressant de rechercher laquelle de ces deux substances est d'un emploi moins dangereux chez les aliénés. Mais, pour notre part, nous n'avons jamais observé chez nos opérées aucune trace d'agitation après le réveil chloroformique. M. Séglas, d'ailleurs, ne dit-il pas que sa malade ovariectomisée « vit disparaître tous ses troubles psychiques, sitôt après le réveil chloroformique »? — Nous avons noté aussi avec soin, pour toutes nos opérées, le temps après lequel l'anesthésie se produisait, et les circonstances qui accompagnaient son établissement, nous demandant si nous n'observerions pas chez les aliénés cette loquacité, ces efforts pour se libérer, cette véritable folie des actes que l'on observe chez les alcooliques. Eh bien! jamais nous n'avons rien observé de semblable; nos observations en font foi: le sommeil chloroformique s'est toujours établi dans les limites de temps ordinaires, et cela sans aucune difficulté. Nous devons ajouter, cependant, que nous n'avons eu à observer que des femmes, chez lesquelles l'alcoolisme est rare; il est probable que chez les aliénés hommes, qui sont si souvent alcooliques, le sommeil chloroformique s'établirait souvent avec difficulté.

Il est enfin une dernière remarque que nous devons signaler. On pourrait penser que les aliénés, et plus particulièrement les lypémaniaques stupides et les paralytiques généraux, chez lesquels on observe si fréquemment un ralentissement notable de la nutrition, ne doivent pas réparer facile-

ment les dégâts d'un traumatisme chirurgical ? Eh bien ! le fait paraîtra peut-être paradoxal, mais chez nos opérées la réunion par première intention a toujours été obtenue facilement, quand elle était possible ; ou bien, les pertes des tissus se sont comblées rapidement.

Que l'on consulte notre observation X, où il s'agissait d'une paralytique générale, chez laquelle on avait pratiqué un évidement considérable du tibia ; la réparation se fit rapidement, et la plaie resta aseptique, sous le pansement à la gaze iodoformée chiffonnée. De même pour la mélancolique religieuse de notre observation XI, qui avait fini par avoir un énorme hygroma chronique de la bourse prérotulienne, consécutif à de trop longues stations à genoux ; cette malade cicatrisa par première intention sa plaie opératoire, sauf en un point antérieurement ulcéré, malgré le mauvais état de nutrition de toute la peau du genou. La craniectomisée de notre observation IX cicatrisa son cuir chevelu en trois jours, comme d'ailleurs M^{me} B..., sa plaie abdominale, à la suite de son hystérectomie.

Nous avons cru bon de résumer ici ces trois observations, qui nous ont paru les plus démonstratives, des quelques considérations générales que nous venons d'exposer.

Observation IX

(PERSONNELLE) (1)

J. P..., âgée de vingt-six ans, était depuis quinze ans à l'asile. Son diagnostic portait : folie épileptique, avec accès d'agitation et impulsions procursives et agressives. A l'âge de neuf ans elle avait subi un violent traumatisme du vertex, d'où était résulté un enfoncement du crâne, de forme circu-

(1) Cette observation a été publiée *in extenso* dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 mai 1892.

laire, mesurant quatre centimètres de diamètre environ. — Craniectomie. — Quelques mois après, la folie épileptique avait totalement disparu, et la guérison s'est intégralement maintenue depuis. — Le sommeil chloroformique a été obtenu en trois minutes, et il s'est établi sans aucune difficulté ; le réveil n'a été suivi d'aucune agitation ; la plaie du cuir chevelu était cicatrisée au bout de trois jours.

Observation X

(PERSONNELLE)

C..., paralytique générale, subit, pour ostéo-myélite prolongée, une résection de tout le tibia droit, dont on ne conserve que la coque ; évidemment énorme, en fuseau, de 20 centimètres de longueur, sur 5 de profondeur à la partie moyenne. — Rien à signaler au point de vue mental dans les jours qui suivent l'opération. L'asepsie a été absolument conservée sous le pansement à la gaze iodoformée chiffonnée ; la réparation s'est effectuée rapidement et a comblé la cavité en moins d'un mois. Mais une pneumonie, survenue à ce moment, enleva brusquement la malade.

Observation XI

(PERSONNELLE)

C... M..., monomanie religieuse chez une dégénérée. Hygroma chronique de la bourse prérotulienne gauche, consécutif à de longues stations à genoux à l'église. Peau du genou violacée, d'une vitalité précaire, avec un point ulcéré et enflammé. — Ablation de la tumeur, qui est grosse comme une orange. Réunion par première intention, dans les quarante-

huit heures, sauf au niveau du point ulcéré, qui se cicatrise en quelques jours. Suites opératoires nulles.

Ainsi toutes nos observations sont probantes : le chloroforme ne nous a jamais présenté de difficultés dans son administration, ni dans les suites de son réveil ; pas plus que le choc traumatique ne nous a donné de mécomptes, autres que celui que nous avons rapporté ; toujours, enfin, nos malades ont rapidement cicatrisé leurs plaies. — Nous devons ajouter que ces observations générales ne nous sont point uniquement personnelles. Notre médecin en chef ne manquait jamais de nous les souligner, à propos de toutes les malades qu'il faisait opérer. Nous avons voulu connaître, d'ailleurs, l'opinion d'un chirurgien bien placé pour en avoir une, et nous nous sommes adressé à M. Picqué, chirurgien des hôpitaux et des asiles de la Seine. M. Picqué partage complètement notre manière de voir (1) sur ce sujet ; il fait seulement une réserve pour les maniaques, chez lesquels il a des raisons de penser que l'anesthésie peut présenter des difficultés et des inconvénients ; il a pu néanmoins l'obtenir même chez ces malades. Retenons-en ce précepte général, qu'il ne faut jamais opérer un aliéné en période d'excitation.

(1) M. Picqué nous a déclaré préparer un travail d'ensemble sur ce sujet.

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir démontré, dans les pages qui précèdent, les propositions suivantes :

L'intervention chirurgicale ne présente pas plus d'inconvénients, chez les aliénés, que chez les autres malades. — Elle peut rendre surtout de grands services dans le traitement des folies dites sympathiques. — Les essais tentés jusqu'à ce jour ont tous donné des résultats favorables et encourageants pour l'avenir.

Le diagnostic de folie sympathique doit être basé, en pratique, exclusivement sur le parallélisme d'évolution entre la sympathie psychique et l'affection organique. — L'indication opératoire se tire de la nature même de cette affection, qui doit être justiciable d'une opération ; mais elle se tire aussi de la folie sympathique elle-même. Celle-ci ne fait, le plus ordinairement, que s'ajouter à l'autre ; mais il est des cas où, la première étant peu affirmative, celle-ci doit suffire à déterminer l'intervention.

Nous ne saurions mieux faire, en terminant, que de citer cette conclusion du Dr G. Wigglesworth, dans un travail paru en 1886, dans *The Journal of mental sciences*, sous ce titre : *Les affections utérines et la folie*(1);— conclusion qui ne s'appliquait qu'aux folies sympathiques d'origine génitale, mais que nous nous croyons autorisé maintenant à généraliser. — « Il m'est impossible de ne pas admettre comme très probable,

(1) In *Archives de neurologie*, 1886, p. 428.

qu'il doit se présenter des cas dans lesquels, faute d'avoir reconnu une affection organique, on laisse passer à l'état incurable une maladie mentale primitivement curable, grossissant ainsi le nombre déjà considérable de la population permanente des asiles. Le seul moyen d'éviter ce risque consiste à avoir plus facilement recours à l'exploration des divers organes et appareils, au moment de l'entrée des malades ; et j'incline fortement à penser que, si ce point de pathologie attirait, plus qu'il ne le fait je crois actuellement, l'attention des aliénistes, on pourrait retirer d'une pareille étude des résultats d'une réelle valeur pratique. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

- AYRES. — Désordres gastro-intestinaux et hépatiques, dans leurs rapports avec quelques cas de folie, *in* Medical News, 4 juillet 1891.
- BÉLIAKOF. — Influence des affections de l'ouïe sur le développement et la marche des maladies mentales, *in* Archives de Neurologie, juin 1891.
- BENNER. — Papports de la phtisie et de la folie, *in* Ann. Med. Psych. 1890, 7^e série XI, p. 493.
- BUCH (Robert). — Manie aiguë consécutive à une opération chirurgicale, *in* Brit. med. Journal, 1885, p. 695.
- CHATENET. — Mélancolie et maladies utérines (Thèse de Paris 1893).
- CLAIR. — Lésions de l'oreille chez les aliénés (Thèse de Lyon, 1894).
- DENIS. — Aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales (Thèse de Montpellier 1889).
- DENT. — Aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales, *in* The Journal of medical sciences, avril 1889.
- DUMESNIL et PONS. — Panaris et aliénation mentale, extrait du medical sciences, *in* Ann. Med. Psych., 6^e série III, p. 158.
- FOVILLE (A.). — Folie sympathique à la suite de brûlures, *in* Annales Med. Psych., 6^e série, II, p. 246.
- FINDLAY. — Guérison de la folie après extraction de la barbe chez une femme, *in* The Journal of mental sciences, juillet 1890.
- GOLDSMITH. — Guérison d'une folie morale par l'ablation des deux ovaires, *in* Ann. Med. Psych., 1886, 7^e série, III, p. 10.

(1) Nous ne sommes pas remonté, dans cet Index bibliographique, au delà de l'année 1883, où parut l'Index de M. Régis pour les années antérieures.

- GOODELL. — Extirpation des ovaires dans les maladies mentales, *in* Ann. Med. Psych., 1886, 7^e série, III, p. 304, extrait du American Journal of insanity.
- GAURAN. — Guérison d'une aliénation après l'opération de la cataracte (Compte rendu du premier Congrès de médecine mentale, tenu à Rouen en août 1890).
- GAILLARD (Thomas). — Manie aiguë et mélancolie, suites d'opérations gynécologiques, *in* Medical News, 20 avril 1889.
- GUCCI. — Les opérations chirurgicales comme cause de folie, *in* Riv. sper. di frenatria, t. XVI.
- HUTCHINSON. — Mélancolie aiguë résultant d'une constipation excessive, *in* Ann. Med. Psych., 7^e série, XIV, p. 305, 1891.
- KIERNAN. — État mental dans la phtisie, the Alienist and Neurologist n° 5, 1889, *in* Ann. Med. Psych. 7^e série, XVIII, p. 310, 1893.
- MAY FARNHAM (D^r Alice). — Maladies utérines considérées comme cause de folie, 1890, *in* Ann. Med. Psych. 7^e série, XI, p. 493.
- MIKLE (W. J.). — Leçons sur la folie dans ses relations avec les affections cardiaques et aortiques, in-8°, Londres, et British medical Journal, mai 1888, p. 503.
- MOREAU DE TOURS. — Rapports de la phtisie pulmonaire avec l'aliénation mentale, Abeille Médicale, n°s 5 et 6.
- PARANT. — La folie chez les cardiaques, *in* Ann. Med. Psych., 1889, 7^e série, IX, p. 419.
- PICQUÉ et FEBVRE. — Contribution à l'étude de la folie sympathique *in* Ann. Med. Psych., 1883, 7^e série, XVII, p. 38.
- PILET-FOUET. — Perturbation mentale dans le cours du goître exophtalmique (Thèse de Paris, 1893).
- PONS. — Note sur un cas de folie sympathique par helminthiase, *in* Ann. Med. Psych., 6^e série, VIII, p. 201.
- RAYMOND. — Troubles délirants dans le goître exophtalmique, *in* Arch. Neur., oct. 92.
- RÉGIS. — Un cas de folie consécutive à une ovariosalpingectomie, *in* Journal de médecine de Bordeaux, 10 sept. 1893.
- ROGER. — Un cas de folie phtisique, *in* Encephal., n° 5, août 1886, p. 597.
- ROUGIER. — Deux cas de lypémanie, etc., *in* Revue de laryngologie, 1^{er} mai 1886.

- ROYET. — Rapports de l'aliénation mentale avec les maladies des yeux, *in* Lyon Médical, 27 déc. 1889.
- SAVAGE. — Aliénation mentale associée à l'atrophie des reins, *in* Ann. Med. Psych., 1883, 6^e série, X, p. 491.
- SEARS. — Folie consécutive aux opérations chirurgicales, *in* Boston Médical Journal, 29 juin 1893.
- SÉGLAS. — Guérison d'une aliénation mentale après une ovariectomie, (Compte-rendu du premier Congrès de Médecine mentale tenu à Rouen en août 1890.)
- SHAW. — Chirurgie et aliénation, *in* St-Bartholom. hospit. Rep. t. XVIII, p. 55.
- VASSALE. — Lésions rénales en rapport avec l'aliénation mentale, *in* Riv. speriment. di frenatria, t. XVI.
- VERGA. — Cirrhose hépatique chez les aliénés, *in* Arch. ital. di malat. nerv., t. XVIII, et Congr. di frenatria ital., sept. 1889.
- WIGLESWORTH. — Les affections utérines et la folie, *in* The Journal of mental sciences, janvier 1885.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 février 1895.

Le Recteur,

J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 février 1895.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
